154

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean Charles SAGET

Né le 20 Novembre 1937 à ERMONT (Val d'Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 28 FEV. 1968

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RISQUE TRAUMATIQUE CHEZ L'ENFANT : LE PSEUDOKYSTE DU PANCREAS

Président : Monsieur G. BLANCHER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI^e^
1968

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1968 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean Charles SAGET

Né le 20 novembre 1937 à ERMONT (Val d'Oise)

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:- 28 FEV. 1968

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RISQUE TRAUMATIQUE CHEZ L'ENFANT : LE PSEUDOKYSTE DU PANCREAS

-:-

Président : Monsieur G. BLANCHER (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6e
1968

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er assesseur ..... Daniel BARGETON
2e assesseur ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A) HUARD (P)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) POLONOVSKI (J) DESGREZ (P)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GOURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H) COUJARD (R)

	MM.
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R) VEPNE (J.M)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE(H) PEQUIGNOT(H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P)
Pharmacologie	BOISSIER (JR LECHAT (P)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie	CABROL (Ch)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DREYFUS(J.Cl
Biologie médicale	BOURLIERE (F
Parasitologie	LARIVIERE (M
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)

	MM.
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J)
Cliniques chirurgicales Beaujon	LORTAT-JACOB (JL)
-	BAUMANN (J)
Cochin	LEGER (L)
Hôtel-Dieu	PATEL (J)
St-Antoine	GOSSET (J)
Salpêtrière	SICARD (A)
Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)	PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)	CAUCHOIX (J)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R)

MM.

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE(P)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	CONTE (M)
	Saint-Antoine	KOURILSKY(R)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER(J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN(R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Saint-Antoine	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G)
- - (Cochin)		BREGEAT (P)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		MOZZICONACCI
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S)

	MM.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BROUET (G)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX(L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique de rhumatologie(Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique (F.Widal)	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.Poincaré)	JUDET (R)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER(P)
- - (Necker)	COUVELAIRE(R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale (A.Chantin)	DOMART (A)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN(Y)
- - (Pitié)	RAMBERT (P)
- - (Rothschild)	WOLFROMM(R)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX(F)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	ANDRE (R) BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) CAROLI (J) DREYFUS (B) GROSSIORD(A) LAMBLING(A) LAUNAY (Cl) PAYET (M) PERRAULT(M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Néphrologie	RICHET (G)

MM.

Neuro-chirurgie	Le BEAU (J)
Neurologie	LHERMITTE (F
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pédiatrie	POLONOVSKI(C ROYER (P)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Biochimie médicale	CARTIER (P) GONNARD (P) NORDMANN (J)
Biologie médicale	HARTMANN (L)
Chirurgie	CERBONNET (G
Hématologie	BILSKI- PASQUIER(G)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
Physique médicale	COURSAGET(J) GREMY (F)
Physiologie	GIRARD (Fr)
Stomatologie	CHAPUT(Mme A

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY(P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D)

Secrétaire général de la Faculté M.LENA (J)
Conseiller administratif ..... Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine } M.le Docteur HAHN(A)

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P), LAURENT (H), Le NOIR (G)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J), FORGET (F), Mlles DUROZOY (M.F.), ROBERGE (D), Dr. SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-

A mes Parents

Auxquels je dois le meilleur de
ma reconnaissance pour l'édu-
cation et l'affection qu'ils
m'ont données

A Monsieur le Professeur Gabriel BLANCHER

Professeur sans chaire à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse

Nous le prions d'agréer, avec nos remerciements, l'hommage de notre profond respect

A Monsieur le Docteur BONNET

Chirurgien-Chef de l'Hôtel-Dieu de Bourg

Qui nous a inspiré cette thèse et apporté une aide particulièrement précieuse et bienveillante

Nous lui exprimons ici toute notre gratitude

A Monsieur le Docteur CONFAVREUX

Chef de Service de Bourg

Grâce à qui l'étude clinique a pu être faite

Nous le remercions bien vivement

A nos Maîtres du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

Messieurs les Docteurs :

LEGER	Médecin
DUMONT	-
SAINT-CYR	-
BADOUX	-
CHARLEUX	-
GIGNOUX	Chirurgien
BLANCHET	-
CHAPUIS	-
MARTIN	O.R.L.
BERTAUD	Gynécologue-Accoucheur
PARRENT	-
BOUCHEZ	-
LOUIS	Radiologue
AUPLAT	-
MASSON	Biologiste
BRENEZ	Anesthésiste-Réanimateur

Nous les remercions de l'enseignement dont nous avons bénéficié dans leurs services et tenons à leur exprimer ici un hommage respectueux

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

Dans les services desquels nous
avons passé des mois si enri-
chissants

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RISQUE TRAUMATIQUE CHEZ L'ENFANT : LE PSEUDOKYSTE DU PANCREAS

-:-:-

OBSERVATION PERSONNELLE

-:-:-

L'enfant A. Gr... 8 ans, est adressée le 1-8-66 par son médecin au Service de Pédiatrie (Dr.CONFAVREUX), du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse pour : Anorexie, fièvre et amaigrissement.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans qui a subi le 29 juin un traumatisme abdominal : L'enfant, qui jouait dans un champ, reçoit sur l'abdomen un brancard de rouleau agricole. La contusion entraîne la mise en observation dix jours à l'hôpital de Mâcon. Aucun signe clinique n'oriente vers une lésion organique. L'enfant quitte l'hôpital, mais garde un fébricule constant, avec quelques clochers thermiques. Elle est en outre anorectique et commence à maigrir. Les parents signalent une nervosité et un caractère anxieux inhabituels chez leur enfant : Elle s'isole, ne prend plus plaisir à voir ses camarades comme auparavant. Elle reste toutefois affectueuse avec sa famille.

Celle-ci signale quelques vomissements mais pas de trouble du transit intestinal.

Dans les antécédents on ne trouve rien de particulier ; les parents ont respectivement, le père 44 ans, la mère 41 ans, et sont en bonne santé. La mère a subi en 1966 une cholecystectomie pour lithiase. Une soeur est décédée à 8 mois à la suite d'une péritonite sur diverticule de Meckel.

Une soeur est décédée mort-née. Une soeur est scoliotique.

La naissance de notre petite malade a été normale : 3 kilogs à terme. Son développement psychomoteur et pondéral s'est fait sans histoire.

Aucune maladie à signaler, en dehors d'une varicelle.

A L'EXAMEN :

L'enfant est d'une maigreur extrême : Poids : 17,800 kilogs.

Elle est pâle. L'auscultation pulmonaire est normale, ainsi que l'examen cardio-vasculaire.

Les réflexes ostéo-tendineux sont faibles, mais tous obtenus.
Nez, gorge, oreilles, sont normaux.

On ne trouve pas d'adénopathie.

Par contre, l'abdomen se montre sensible dans la région épigastrique et péri-ombilicale, sans défense véritable. La température est à 38°4. Quant à l'examen radioscopique, il ne montre rien tant sur le plan pulmonaire que sur le plan cardiaque.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

N.F.S. :

-Hématies	3 840 000
-Leucocytes	16 900
-Hb	79% =11,28g
-V.G.	0,92
-Hématocrite	38%
-Poly neutrophiles	90
éosinophiles	0

-basophiles 0
-lymphocytes 6
-Myn monocytes 4
-Gds monocytes 0

VITESSE DE SEDIMENTATION : 120

Hémocultures : -toutes négatives.
Anti-streptolysines-50 unités.
Coprocultures : -Aucun germe pathogène.
Séro-diagnostics
TAB - Brucelles : -Négatifs.

ELECTROPHORESE :

-Albumine 35g/l
-Alpha globulines 7 g/l
-Alpha 2 globulines16g/l
-Beta globulines 9g/l
-Gamma globulines 16g/l
-Protéines totales 83g/l

En conclusion, forte augmentation des Alpha-2-globulines.

CUTI-réaction : -négative.
Temps de saignement-3,30 minutes.
Temps de coagulation- 9 minutes.

Il semble donc s'agir d'une infection profonde, torpide, comme le montrent la vitesse de sédimentation, la numération-formule et l'électrophorèse, sans signe de spécificité, ni de localisation.

L'enfant est alors mise à un traitement par :
Défébryl,
Terramycine,
Isonutrine.
On ajoute une transfusion de 200 cc.

La température revient à la normale pendant quelques jours, mais apparaissent toujours des clochers à 39°. Par ailleurs la douleur abdominale persiste.

RADIOLOGIE :

La radiographie simple montre une augmentation de la densité abdominale au niveau de l'hypochondre et de la fosse iliaque gauches, avec légère élévation de la coupole diaphragmatique gauche.

On demande alors une radiographie gastrique après repas baryté qui met en évidence une tuméfaction arrondie, refoulant l'estomac en dehors et le côlon gauche en bas : On pense à un abcès abdominal et on demande alors l'avis du chirurgien.

Le transit du grêle, le lavement baryté et l'urographie intraveineuse sont normaux.

Le Dr. BONNET, chirurgien, perçoit à la palpation de l'abdomen une tuméfaction de la dimension d'une boule de croquet, mal délimitée, plus à droite qu'à gauche. Il fait une ponction exploratrice transpleurale sous-hépatique avant d'aller plus loin : Celle-ci ne ramène pas de liquide.

C'est alors, que devant cette baisse de l'état général avec fébricule continu et absence de signes précis, le Dr. BONNET décide l'intervention qui a lieu le 16-8-66.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE : Dr BONNET-Mr. PICOT.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Foie intimement collé à la face antérieure de l'estomac ; on clive prudemment pour tomber sur une poche kystique, grosse comme une manda-

rine ; vésicule saine.

Pancréas : on explore la partie basse du corps qui n'a pas d'aspect nécrotique, mais qui est simplement un peu dur. La glande a un aspect granité. Comme on ne peut affirmer la rupture médiane du pancréas, on ne pratique pas de pancréatectomie partielle. La région en avant de la colonne est dure comme du calcaire. On ne rencontre pas d'hématome. Drainage par Redon de la cavité kystique, tapissée en amont de Sorbacel. Fermeture de la paroi au nylon. Peau ouverte.

EXAMEN DU LIQUIDE D'ASPIRATION :

Liquide clair à activité amylolytique et lipasique importantes, contenant par conséquent du suc pancréatique.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Amylasémie :	237 unités Somogyi/litre
Amylasurie :	344 unités Somogyi/litre
Glycémie :	1,94 grammes /litre.

TRAITEMENT :

L'enfant est mise aux anti-enzymes, aux anti-spasmodiques, et aux antibiotiques. Mise en place d'une aspiration gastrique.

Les suites ont été simples malgré une phase inquiétante avec augmentation de la sécrétion du liquide pancréatique par le drain, qui donnant, deux jours après l'intervention 150 centimètres cube, puis le 20-8-66, 250 centimètres cube ; mais, après quelques jours de réanimation, l'écoulement s'assèche, la douleur disparaît.

Ablation du redon 16 jours après l'intervention.

On poursuit le traitement par :

ZYMOFREN : 10.000 unités par jour et
PRIAMIDE : vingt gouttes par jour.

Dès lors on peut noter une amélioration de l'état général. La température reste à la normale.

L'amylasémie est à 109 unités Somogyi par litre le 2-9-66, l'amylasurie à 671 unités Somogyi par litre.

Glycémie normale. La numération-formule est également normale.

L'enfant quitte le service le 22-9-66, guérie, pesant 19,400 kilogs, sans aucun signe clinique ; la radiographie gastrique après bouillie barytée montre un estomac d'évacuation encore lente, mais sans signe d'obstacle mécanique.

En conclusion, il s'agit bien d'un PSEUDOKYSTE TRAUMATIQUE DU PANCREAS.

L'intervention a permis une guérison rapide et il semble bien que la technique du drainage fait ainsi la preuve de son inocuité et de son efficacité.

-:-

LE PSEUDO-KYSTE DU PANCREAS

-:-

DEFINITION :

Le pseudo-kyste du Pancréas est une néoformation contenant du liquide pancréatique et se produisant par rupture d'un canal pancréatique, voire du canal de Wirsung.

Ce qui en fait l'intérêt, c'est la rareté des cas. BERAUD et collaborateurs parlent de cette affection en disant que, si elle est classique chez l'adulte, elle est exceptionnelle chez l'enfant. Moins de 40 cas concernant adultes et enfants, ont été dénombrés à ce jour (1966).

BETTEX, KUFFER et SCHARLI, à Zürich, parlent de deux cas seulement. Tous les auteurs admettent la rareté de l'affection.

H.LALANNE dans sa thèse de 1965, publie un tableau comportant seulement 19 observations connues de Pseudokystes du Pancréas entre 1922 et 1965 chez l'enfant :

AUTEURS	ANNEE	AGE	SEXE
Drennen	I922	4 ans	Masculin
McWhorter	I925	6 ans	Masculin
Mithoefer	I925	20mois	Féminin
Levistsky	I956	9 ans	Masculin
Birch-Jensen	I958	11ans	Masculin
Covington	I959	8 ans	Masculin
		14mois	Masculin
Dietrich	I959	4 ans	Masculin
Stransky	I959	5 ans	Masculin
Welch	I959	10ans	Masculin
		10ans	Masculin
Oeconomopoulos	I960	8 ans	Féminin
Hollender	I96I	11ans	Masculin
Gibert	I962	14ans	Féminin
Hillis	I963	5 ans	Féminin
Indiana univ. School of Med.	I963	I4ans	Masculin
		2 ans	Masculin
Di Censo	I964	I2ans	Masculin
		4 ans	Masculin

-:-

RESUME DE QUELQUES CAS

-:-

1) OECONOMOPOULOS :

M.C...., 8 ans. Fillette ayant fait une chute de bicyclette. Pas de diagnostic à l'examen clinique : Laparotomie : On trouve un hématome rétro-péritonéal autour du pancréas ; drainage.

Trois jours plus tard l'enfant souffre de douleurs abdominales et présente une masse épigastrique palpable.

La radiographie fait le diagnostic.

Réintervention : Pseudokyste du Pancréas traité par marsupialisation avec drainage. Suites simples.

2) HOLLENDER ET ADLOF :

M.L..., 11 ans, garçon présentant des douleurs abdominales, des vomissements, à la suite d'un traumatisme épigastrique, par chute sur une chaise. C'est la diminution du taux de prothrombine qui pousse à l'intervention :

Hématome de 200 cc par déchirure du ligament pancréatico-splénique. Splénectomie et hémostase.

Cinq jours après, nouveau tableau douloureux et vomissements. La radiographie gastri-

que met en évidence une compression extrinsèque: Réintervention : pseudokyste du pancréas occupant la tête et une partie du corps refoulant l'estomac en avant.

Kystogastrostomie. Suites simples.

3) GIBERT : Thèse Lyon 1962

Melle R..., 14 ans ; contusion abdominale avec fracture de l'humérus droit et choc, dans un accident de voiture.

Intervention d'urgence : déchirure du mésentère ; hémostase.
Sept jours après, on réintervient pour hémopéritoine.
Sept jours plus tard, un iléus paralytique oblige à réintervenir.

La blessée quitte l'hôpital, apparemment guérie.
Elle revient 3 mois plus tard à l'occasion de la découverte d'une masse épigastrique.

Les radiographies gastriques permettent le diagnostic.
Intervention : Pseudokyste pancréatique contenant 3 litres de liquide. Devant la perte de substance importante on fait une hémipancréatectomie gauche. Suites simples.

4) S. DI CENSO. KING SHUMAKER :

a) Garçon de 12 ans qui présente une masse abdominale, apparue en 3 mois à la suite d'une chute sur le guidon de sa bicyclette.

Radiographie gastrique : suspicion de pseudokyste du pancréas.

Intervention : confirmation du diagnostic

Kystogastrostomie. Suites simples.

b)Garçonnet de 4 ans qui a subi une contusion abdominale deux semaines auparavant. Anorexie, vomissements, douleurs et distension épigastriques. Intervention : Pseudokyste pancréatique traité par drainage externe ; suites simples.

5) WOOL ET GOLDRING : (1967)

Enfant hospitalisé pour vomissements et douleurs abdominales. L'examen clinique est négatif mais on est frappé par une anémie et une leucocytose. La radiographie montre une occlusion paralytique et l'exploration chirurgicale oriente vers une histoire inflammatoire aiguë.

L'enfant est ramené 2 mois plus tard avec une masse abdominale. On fait préciser alors la notion de traumatisme dans les antécédents immédiats.

Intervention : Pseudokyste du pancréas.

6) PELLERIN D. ET BIENAYME J. :

Enfant R..., 1952 : garçon de 15 ans qui est tombé 45 jours avant son admission sur le dossier d'une chaise. Depuis, se développe une tumeur de l'hypocondre gauche.

A l'examen, tumeur arrondie bien palpable, du volume d'une tête d'enfant. La radiographie gastrique montre un soulèvement de la petite courbure.

Laparotomie : Faux kyste de l'arrière-cavité des épiploons avec nombreuses adhérences dans l'étage sus-mésocolique.

7) LALANNE H. (Thèse Lyon 1965)

Il s'agit d'un enfant de 6 ans, D. Pe..., qui a fait une chute sur le guidon de sa bicyclette le 7-8-65 et qui est adressé à l'Hôpital.

Pendant quelques heures l'enfant présente une contracture de l'hypocondre gauche et des vomissements légèrement sanglants.

Les examens ne montrant rien, l'enfant quitte le service, mais ses parents le ramènent le 18-8-65 car depuis quelques jours il se plaint du ventre. A l'examen, il est pâle, l'abdomen ballonné avec une voussure épigastrique importante supérieure, comme séparé de l'estomac par une néoformation.

INTERVENTION :

Il s'agit d'un Pseudokyste du pancréas. Deux mois après l'enfant est revu : Il va bien, a pris du poids et les examens sont normaux.

-:-

ETUDE CLINIQUE

-:-

Il s'agit d'enfants ayant subi un traumatisme abdominal violent ou une compression appuyée et que l'on est amené à voir après un intervalle libre, allant de quelques jours à plusieurs mois.

La consultation est motivée par des signes variables, souvent discrets:

Douleurs épigastriques vagues, vomissements (souvent retrouvés), fébricule autour de 38°, mais surtout un important amaigrissement, 5 à 6 kilogs, ceci dès la poussée initiale. Ces troubles retentissent parfois sur le psychisme de l'enfant qui n'a plus goût aux jeux, est très asthénique.

A l'examen, le plus souvent on ne trouve rien lorsque le petit malade est vu tôt après l'accident ; parfois on percevra une masse susombilicale, douloureuse à la palpation, mate à la percussion. A ce stade on doit penser au Pseudokyste du pancréas si on a la notion du traumatisme, que l'on devra rechercher par un interrogatoire minutieux.

Généralement, comme le prouvent les observations citées, le diagnostic n'est pas porté, et ce n'est qu'après un temps de latence variable que l'enfant sera revu, cette fois avec une voussure épigastrique évocatrice. Rarement un subictère apparaît, contrastant avec des tests hépatiques sub-normaux.

Comme le soulignent BERAUD et Collaborateurs l'évolution des signes en deux temps est assez évocatrice :

1) Drame initial traumatique (Le subictère éventuel peut contribuer à égarer le diagnostic).

2) Temps de latence plus ou moins long, de quelques jours à plusieurs semaines ou plusieurs mois.

La cavité kystique se constitue à bas bruit dans la partie postérieure de l'abdomen et n'apparaît à l'épigastre que tardivement et lorsqu'elle atteint en profondeur un volume considérable.

La tuméfaction épigastrique est assez particulière : Elle est de volume variable assez bien limitée et siège de préférence au-dessous des fausses côtes gauches. Elle a pu être, dans certains cas, prise pour une ascite et ponctionnée (BERAUD).

Le laboratoire apporte des arguments souvent précieux, mais dans certains cas le peu de valeur :

-Augmentation de l'amylasémie et de l'amylasurie, surtout importantes au début, traduisant la nécrose pancréatique. Vu tard, le pseudokyste peut s'accompagner d'un taux d'amylase sérique normal ; toutefois on trouve encore souvent une amylasurie élevée, car elle est plus longue à se normaliser.

-Vitesse de sédimentation accélérée, légère anémie, polynucléose, le tout traduisant un certain degré de surinfection du liquide kystique. Là aussi tout cela ne se voit que tardivement.

-Tests hépatiques peu perturbés.

Dans la plupart des cas, c'est la radiologie qui fera le diagnostic :

1) CLICHES SANS PREPARATION :

Qui montrent une augmentation de la densité épigastrique et des images aériques anormales au niveau du côlon, plus basses que normalement ; on ne voit pas de calcification.

2) CLICHES GASTRIQUES APRES REPAS BARYTE:

Montrant un estomac comprimé, allongé et refoulé vers le haut, souvent en croissant.

3) BILIGRAPHIE INTRA-VEINEUSE :

Objectivant un retard de l'imprégnation vésiculaire et une légère dilatation de la voie biliaire principale.

L'évolution sans traitement peut se faire vers la guérison spontanée, mais il ne faut pas trop l'espérer, car ce sont plutôt les complications qui vont conduire à l'intervention:

Poussées infectieuses, fistulisation dans l'estomac, le côlon, voire cutanée, rupture en péritoine libre.

C'est pourquoi il est important de faire le diagnostic du pseudokyste précocement.

FRAISSE ET MELEY insistent sur la différence qui existe entre la pauvreté des signes fonctionnels, et la rapide dégradation de l'état général, et particulièrement l'effet sur la courbe de poids.

Le diagnostic leur semble facile dans la mesure où la tuméfaction atteint un volume important, formant une voussure envahissant l'hypocondre gauche et donnant à la palpation une sensation liquidienne. Mais c'est, pour eux également, la radiographie qui reste le meilleur atout pour étiqueter l'affection.

-:-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-:-

Le pseudo-kyste n'a pas de paroi propre; il est limité par les organes de voisinage :

Face postérieure de l'estomac, ligament gastro-côlique, côlon transverse, mésocôlon transverse.

Le faux kyste contient un liquide fait de sang et de liquide pancréatique riche en amylase.

La cause de l'affection est retrouvée généralement au niveau de l'isthme pancréatique sous la forme d'une brêche intéressant un gros canal ou même le canal de Wirsung.

Progressivement le pseudo-kyste se transforme :

Le liquide se surinfecte plus ou moins et il se produit une sclérose périphérique, rendant la paroi plus épaisse, difficilement clivable.

A ce stade la guérison spontanée ne peut être espérée ; c'est à ce moment de l'évolution que le diagnostic est le plus souvent porté, soit devant le volume du kyste parfois considérable, soit devant les signes d'une éventuelle complication : Suppuration, fistule kysto-gastrique, ou kysto-côlique, plus rarement rupture intra-péritonéale.

-:-

THERAPEUTIQUE

-:-

1) KYSTECTOMIE :

Méthode réalisée deux fois par LEVITSKY en 1956 et STRANSKY en 1959. Elle présente de nombreux inconvénients : Le pseudokyste n'ayant pas de paroi propre, le clivage est difficile ; d'autre part, les adhérences, souvent denses, présentent un danger pour les organes de voisinage, en particulier pour les vaisseaux coliques. Enfin, c'est une méthode insuffisante car elle ne résoud pas le problème de la plaie pancréatique, obligeant à un drainage complémentaire ou à une pancréatectomie d'amont.

2) DRAINAGES :

a)Marsupialisation : geste simple, mais méthode pratiquement abandonnée actuellement car elle aboutit souvent à la formation d'une fistule pancréatique.

b)MALLET-GUY lui préfère le drainage externe aspiratif qui permet la cicatrisation de la brêche du canal lésé, assurant un tarissement rapide. Il reste encore l'intervention la plus simple, consistant, après ponction et évacuation du contenu du kyste, en la pose d'un drain de caoutchouc de fort calibre remonté jusqu'au contact de la brêche pancréatique. Ce drain ressort à la paroi abdominale et est mis en aspiration continue. (C'est cette aspiration continue qui fait toute l'originalité de la méthode).

Le drain est maintenu tant que persiste

l'écoulement, et le traitement est complété par la prescription d'anti-enzymes en perfusion intra-veineuse tels que le ZYMOFREN (20 000 unités par jour, puis doses dégressives), et d'antispasmodiques tels que PRIAMIDE (2 gouttes par Kg/jour), qui diminuent la sécrétion pancréatique et permettent un meilleur relâchement du sphincter d'Oddi.

Il faut signaler, que bien qu'indispensables, les antienzymes ne raccourcissent pas l'évolution de façon notable.

La méthode du drainage externe vise donc à deux buts : Assurer le drainage de la collection et éviter sa reproduction.

Ce fut la première méthode utilisée qui, après une période d'oubli en faveur des différentes méthodes de drainage interne, a récemment bénéficié du plaidoyer de MALLET-GUY et de MICHOULIER lors du dernier Congrès de Chirurgie en France : Simplicité et bénignité de l'intervention, ce qui est important chez ces jeunes malades dont l'état général est sérieusement atteint.

Néanmoins, on peut lui reprocher deux choses :

Risque de récidive et, dans certains cas, longueur de la durée de l'aspiration.

c) Drainage interne : Il en existe différentes techniques, qui aboutissent à réaliser le drainage du pseudokyste dans un organe creux du voisinage, soit Kysto-gastrostomie, soit Kystojejunostomie (ROUX). Ce drainage est établi à distance du transit intestinal normal, afin d'éviter une éventuelle infection par reflux du pseudokyste.

Ces méthodes de drainage interne ont le mérite de raccourcir de façon notable l'évolution post-opératoire, mais elles présentent des inconvénients évidents : Le risque de reflux existe quand même, le kyste peut s'infecter, le drainage est souvent insuffisant car la bouche est rarement placée au point déclive de la poche. Fréquemment on voit une oblitération de l'anastomose. Enfin, certains auteurs signalent même des hémorragies extériorisées par la voie digestive, redoutables et même parfois mortelles.

Ces méthodes de drainage interne, bien que séduisantes, ont l'inconvénient d'être complexes et traumatisantes, dangers inutiles dans les pseudokystes de l'enfant qui se développent sur un organe sain et un sphincter d'Oddi normal.

3)PANCREATECTOMIE D'AMONT : (MALLET-GUY)

Elle se justifie quelle que soit la variété du kyste puisque la brêche d'amont peut toujours, après drainage externe, entraîner une récidive ou la formation d'une fistule.

Elle peut être réalisée dans deux conditions :

a)D'emblée au cours d'une intervention d'urgence, enlevant la rate et la queue du pancréas le plus souvent.

b)Soit secondairement, en présence d'une fistule intarissable pour supprimer la sécrétion qui l'entretient.

Cette technique a été utilisée pour le cas de l'enfant de 14 ans (GIBERT Lyon 1962), et les suites immédiates furent excellentes ;

elle avait été motivée par le fait que les lésions comportaient une section complète de l'isthme du Pancréas.

On ne doit utiliser cette méthode qu'après avoir donné leurs chances aux thérapeutiques plus simples, car il faut noter, contrairement au cas de l'adulte, l'absence presque complète de mortalité chez l'enfant ; l'apparition d'une pancréatite chronique est exceptionnelle aucun cas de diabète n'a été rapporté.

UN MOT DES INDICATIONS :

Comme nous l'avons vu, il ne faut jamais attendre la cicatrisation spontanée de la brèche, amenant la guérison ; l'indication opératoire est formelle dès que l'on aura étiqueté l'affection.

L'intervention n'aura lieu qu'après un bilan pré-opératoire complet, et le rétablissement d'un équilibre nutritionnel satisfaisant. On devra, en cas d'infection, faire un traitement antibiotique au préalable.

La voie d'abord préférable est une médiane sus-ombilicale ; après évacuation du kyste, l'examen des parois, du calibre du canal lésé, l'examen du Wirsung, décideront de la technique chirurgicale à employer.

Comme nous l'avons vu plus haut, si les parois du kyste sont épaisses on pourra utiliser une méthode de drainage interne, ou en cas de brêche pancréatique totale, envisager une pancréatectomie, mais en dehors de ces cas particuliers, il est presque toujours possible de réaliser un drainage externe aspiratif, toujours préférable, car peu traumatisant

et moins complexe sur un jeune malade rarement taré.

En conclusion nous dirons que le faux kyste pancréatique est une néoformation apparaissant le plus souvent à la suite d'un choc abdominal, épigastrique surtout. Il faut insister sur le fait qu'il est parfois difficile de retrouver l'accident dans les antécédents, bien qu'il soit certain.

Aussi avons-nous à nous demander quelle est la place du traumatisme dans la genèse du Pseudokyste.

-:-

PLACE DU TRAUMATISME DANS L'ETIOLOGIE DU PSEUDOKYSTE DU PANCREAS CHEZ L'ENFANT

-:-

Nous relevons 15 cas de pseudokystes d'origine traumatique sur 18 au total dans la thèse de MICHOULIER (1958), 16 sur 31 dans la statistique de KILMAN et Collaborateurs (1964), mais il semble que ces derniers n'aient pu faire la preuve étiologique d'un certain nombre d'entre eux.

Classiquement l'atteinte pancréatique est rarement isolée et à ce titre le diagnostic d'organe lésé est souvent difficile. La lésion peut en effet faire partie de dégâts viscéraux multiples, conséquence d'un traumatisme violent dont le type est l'accident de circulation.

Toutefois le choc causal est souvent localisé à la région épigastrique, la partie moyenne du Pancréas s'écrasant, prise "entre le marteau et l'enclume", contre le billot vertébral.

PHYSIOPATHOLOGIE : DU PSEUDOKYSTE TRAUMATIQUE

Le mécanisme de production fut démontré expérimentalement par LAZARUS et WARREN.

D'après eux, la compression du pancréas contre le rachis entraîne une effraction capsulaire et une rupture des canaux excréteurs; suivant l'importance des canaux lésés, il se produit soit un colmatage spontané, soit production d'un faux kyste.

Pour MALLET-GUY cette notion ne fait aucun doute et il l'affirme essentielle pour la compréhension de la formation et de l'évolution des pseudokystes en général. La persistance de la sécrétion en amont contribue à la genèse de la cavité kystique. La lésion va de la contusion simple à la rupture, voire la section complète de la glande.

La collection du liquide se ferait progressivement, après vingt-quatre heures de latence, dans l'arrière-cavité des épiploons, refoulant l'estomac en haut et le côlon transverse en bas.

Le pseudokyste n'a pas de paroi propre et son volume est conditionné par les organes de voisinage.

On a déjà vu que le temps de caractérisation de l'affection était variable, en fait de plusieurs jours à quelques mois. Il faut savoir que l'oblitération spontanée de la brêche est possible : Dans ce cas la guérison est obtenue, mais au prix d'une pancréatectomie caudale fonctionnelle. (MALLET-GUY).

Pour DOUBILET, en plus de cette pathogénie, il existe une hypertonie relative du sphincter d'Oddi par le fait que la sécrétion pancréatique ne se trouve plus à une pression suffisante à la suite de la fuite canalaire. Cette baisse de pression est d'autant plus importante que le canal intéressé est plus gros.

En outre, FRAISSE et MELEY insistent sur plusieurs points :

1) Le volume pris par les pseudokystes peut être important : véritables kystes géants.

2) La possibilité de suppuration après infection qu'il sera toujours utile de rechercher par un examen bactériologique extemporané per-opératoire (MALLET-GUY).

3) L'intégrité du reste de la glande, qui oppose radicalement ces pseudokystes traumatiques aux pseudokystes nécrotiques observés parfois dans les pancréatites chroniques récidivantes.

4) La fréquence d'ouverture des gros collecteurs avec cependant la possibilité de cicatrisation spontanée.

TYPE DE TRAUMATISME RESPONSABLE

L'atteinte du pancréas ne peut s'observer théoriquement qu'après une contusion par un objet suffisamment étroit pour s'engager dans l'angle formé par les cartilages costaux inférieurs et écraser le pancréas sur les premières vertébres lombaires. Mais un traumatisme lombaire ou thoracique inférieur peut rompre la glande, surtout par contrecoup.

Les chocs en cause sont nombreux, mais les plus fréquemment rencontrés sont ceux qui atteignent directement l'épigastre : Ainsi dans notre observation il s'agit de la chute d'un brancard de rouleau agricole sur la région haute de l'abdomen. Tous les timons de charrette ou autres engins peuvent être responsables.

Nous retrouvons souvent les chutes sur les objets durs : Dossiers de chaises, coins de table et obstacles du même genre.
La bicyclette, si souvent en cause dans les accidents d'enfants, peut provoquer la lésion,

par chute, mais surtout par son guidon :

Soit chute de l'enfant avec sa machine, soit le plus souvent arrêt brutal de la bicyclette contre un obstacle, projetant son conducteur sur le guidon qui se trouve juste à hauteur du creux épigastrique.

Ensuite viennent les accidents dans la pratique des sports et des jeux :

Ici encore, fréquence des chutes et des chocs, le matériel sportif étant très varié, mais également dans les corps-à-corps, par coups de pied ou de poing appliqués dans la région pancréatique.

Enfin l'importance de plus en plus grande que prennent les accidents d'automobile, où les contusions abdominales sont fréquentes, en fait une cause non négligeable de pseudo-kystes du pancréas : Non par écrasement sur le volant pour les enfants, mais par brutale projection à l'intérieur du véhicule.

Enfin toutes les chutes peuvent être en cause, surtout en ce qui concerne la constitution de cette lésion par effet indirect.

Mais il faut signaler :

1) La possibilité de formation de pseudokyste dans les suites de pancréatite aiguë, quelques cas sont notés dans la littérature, faisant de l'affection une véritable complication de l'infection de la glande.

BERAUD et Collaborateurs :

Enfant de 13 ans hospitalisé pour suspicion de spirochétose ictéro-hémorragique : Début brutal avec température à 39°, vomisse-

ments et douleurs épigastriques violentes. Au troisième jour apparaît un sub-ictère accompagné d'une bilirubinémie à 17 mg et des tests hépatiques perturbés ; amaigrissement et asthénie.

A l'examen on note une tuméfaction épigastrique visible et palpable douloureuse, comblant tout le creux épigastrique, surtout à gauche. Les radiographies permettent le diagnostic :

INTERVENTION :

Pseudokyste du pancréas.

La pancréatite aiguë ou oedémateuse peut donc en être l'origine, mais en fait assez rarement, surtout depuis l'utilisation massive des antibiotiques.

2) Il est des cas où aucune étiologie ne peut être dégagée. Ils ne sont pas rares, notamment pour KILMAN et MICHOULIER.

Mais les contusions épigastriques appuyées sont la cause essentielle du pseudokyste du pancréas.

On peut se demander alors quelle est la place du faux kyste parmi les diverses lésions provoquées par les traumatismes abdominaux.

-:-

PLACE DU PSEUDOKYSTE PANCREATIQUE DANS LES SUITES DU TRAUMATISME ABDOMINAL DE L'ENFANT

-:-

On peut étudier en premier lieu les lésions pancréatiques en général pour montrer quelle est la fréquence d'atteinte du pancréas parmi l'ensemble des organes.

FREQUENCE D'ATTEINTE DU PANCREAS :

Une statistique est fournie par P.L. CHIGOT et P.ESTEVE dans leur traité de Traumatologie infantile. Ils ont observé de 1950 à 1955 :

-9 ruptures de rate,
-1 rupture d'estomac,
-1 rupture de pancréas,
-1 rupture d'anse iléale,
-3 lésions rénales.

L'étiologie se cantonne dans les accidents de la voie publique, avec prédominance de la bicyclette en pathologie urbaine, le guidon étant fréquemment l'agent vulnérant.

C'est surtout COLLIGNON P., GUILLAUMOT, M.BOUCHOT M. PREVOT J. et BEAU A, qui situent le mieux les contusions du pancréas dans l'ensemble des lésions observées (Annales de Chirurgie infantile) :

Parmi les lésions déterminées chez l'enfant par les traumatismes, les contusions et les plaies de l'abdomen sont actuellement bien rares que celles atteignant le squelette et plus spécialement le crâne. Elles sont, pour

la plupart, provoquées par des accidents de la voie publique.

Du mois d'août 1958 au mois d'octobre 1963, ces auteurs ont observé un certain nombre de traumatismes abdominaux fermés, mais ils ne retiennent dans cette étude que les blessés chez lesquels il a fallu pratiquer une ou plusieurs interventions chirurgicales.

REPARTITION :

VISCERES	Lésions isolées	Lésions associées	T
Rate	5	8	I3
Rein	2	4	6
Foie	2	4	6
Pancréas	1	2	3
Désinsertion amp.Vater	1	0	1
Estomac	0	3	3
Duodernum	0	2	2
Grêle	2	2	4
Côlon	1	2	3

Ces traumatismes abdominaux étaient associés :

-7 fois à des traumatismes crâniens,
-5 fois à des lésions traumatiques des membres,
-2 fois à des contusions thoraciques,
-1 fois à une fracture avec bascule du bassin.

D'après REYMOND J.C. on peut dresser un tableau des fréquences :

Reins	28%
Rate	24%
Foie	18%
Paroi	10%
Grêle	10%
Vessie	5%
Autres lésions	5%

D'une manière générale, pour les organes pleins :

Rate : - Son atteinte est fréquente car elle est très vulnérable ; elle est souvent associée au rein gauche.

Rein : - En dehors des cas patents, il existe fréquemment des lésions discrètes, corticales, ne s'extériorisant pas.

Foie : - Les signes d'atteinte ne sont pas toujours précoces, apparaissant parfois seulement à la sixième heure. Un ictère peut survenir 48 heures à 3 jours plus tard.

Mésentère : - Le choc pouvant provoquer cette lésion doit être tangentiel. La rupture peut s'accompagner d'une perforation de la lumière intestinale.

Gros vaisseaux :- Mort foudroyante par hémorragie interne.

Organes creux :

Estomac : - Son atteinte est souvent associée à une rupture hépatique.

Intestin : - Son atteinte est moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Duodénum : - Il est souvent lésé avec le pancréas.

Voies biliaires :-Se manifestant par l'apparition d'un ictère progressif avec cholépéritoine.

Vessie : - Elle est lésée par contusion hypogastrique surtout si elle est pleine.

Pour le pancréas, on constate des lésions se manifestant immédiatement, toutefois assez rares par rapport à l'ensemble des lésions recensées. On peut dire, (CUILLERET J. et DUBOIS J.), que les deux caractères dominants des traumatismes pancréatiques sont leur rareté et leur gravité. La situation anatomique profonde rétro-péritonéale et pré-vertébrale du pancréas, la complexité de ses rapports viscéraux et vasculaires, la fragilité de son parenchyme, le caractère hautement actif de ses sécrètions, expliquent assez aisément ces deux particularités.

A leur tour celles-ci permettent de comprendre que le traitement opératoire de ces lésions soit une acquisition relativement récente de la chirurgie, et que les indications thérapeutiques en soient encore parfois discutées.

LE PSEUDOKYSTE PANCREATIQUE

Sa fréquence est manifestement très faible, comme le montrent les statistiques des traumatismes fermés de l'abdomen, mais il est indiqué comme une complication possible et tardive de l'atteinte pancréatique.

En réalité, le problème de sa prévention se ramène à celui de la prévention des accidents chez l'enfant et plus particulièrement des traumatismes abdominaux.

-:-

PREVENTION DES ACCIDENTS CHEZ L'ENFANT

-:-

LA MORTALITE PAR ACCIDENTS :

Dans le monde d'aujourd'hui, les accidents causent plus de décès que toutes les autres maladies, à l'exception du cancer et des maladies cardio-vasculaires. Dans beaucoup de pays ils tuent plus de jeunes gens de 5 à 19 ans que l'ensemble des autres causes réunies. La place de plus en plus grande qu'occupent les accidents tient à la multiplication de nouveaux périls de nature traumatique et toxique. L'augmentation est démontrée par ce tableau :

DECES PAR ACCIDENTS POUR IOO DECES TOUTE CAUSE

AGE	ANNEE	GARCONS	FILLES
0-1 an	I93I-I933	0,6	0,6
	I956-I958	2	1,8
1-4 ans	I93I-I933	7	5,7
	I956-I958	I8,6	I4,5
5-9 ans	I93I-I933	IO,5	6,5
	I956-I958	3I,4	23,5
10-14 ans	I93I-I933	I2,3	4,4
	I956-I958	38,3	2I,3

Les sept causes principales d'accidents sont pour l'ensemble des 19 pays suivants : Canada, Etats-Unis, Ceylan, Japon, Allemagne,

Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Italie, Norvège, Pays-Bas, Angleterre, Ecosse, Suède, Suisse, Australie, Nouvelle-Zélande.

-Circulation	42,2%
-Chutes	22,1%
-Noyades	8,6%
-Brûlures	4,6%
-Poisons	3,8%
-Armes à feu	1,3%
-Autres causes	17,4%

On constate que la mortalité par accidents n'a pas été réduite au cours des vingt dernières années, comme celle par maladies. Il est donc clair que les accidents sont responsables d'un "manque à gagner" considérable en ce qui concerne les jeunes, surtout ceux du sexe masculin. A l'heure actuelle, (1960-M.AUBENQUE), les accidents représentent la moitié des décès chez les jeunes gens du sexe masculin âgés de 15 à 24 ans et un quart pour les jeunes filles. Les accidents de circulation sont responsables de la moitié de ces décès, chez les enfants de 10 à 14 ans et 70% de 15 à 24 ans.

On ne saurait donc mettre assez en évidence l'incidence déplorable des accidents de la circulation sur la mortalité des jeunes.

FREQUENCE DES CAUSES D'ACCIDENTS EN FONCTION DE L'AGE

(BERTHET E. : L'enfant et les accidents)

1) Au cours de la première année : nous excluons dans ce cadre les suffocations mécaniques par inhalation de liquide ou de substances variées et les étouffements par objet extérieur. En France, en 1958 on compte 12 ac-

cidents de circulation ett 7 chutes.

2) Pour les enfants de 1 à 15 ans :
En 1959, on compte 1806 décès par accidents se répartissant suivant l'âge :

-1 à 5 ans : La noyade est le danger majeur, ensuite viennent les chutes et surtout les accidents de circulation (passagers ou piétons, bicyclettes dans trois cas).

-5 à 9 ans : Le risque dominant est alors l'accident de circulation (60 passagers, 167 piétons, 25 cyclistes). Ceci est donc très important.

-10 à 14 ans : On trouve moins d'accidents de circulation, les noyades restant importantes ; le reste est plus modeste.

FREQUENCE DES ACCIDENTS SUIVANT LES CONDITIONS GEOGRAPHIQUES, SOCIALES ET ECONOMIQUES :

Par exemple en France et en Italie, la surveillance des enfants étant plus constante que dans les pays Nordiques, ceux-ci restent plus à la maison et les accidents sont plus fréquents au domicile.

Dans les pays nordiques au contraire, où les enfants sont libres plus jeunes, les accidents se voient surtout à l'extérieur.

IMPORTANCE DES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

50% des piétons tués sur les routes sont âgés de moins de dix-neuf ans.

La statistique du Ministère des Travaux publics, (GRAVEL Ph : La victimologie en matière d'accidents. 1967), nous apprend d'abord que le chiffre global des victimes d'ac-

cidents de la circulation s'élève en 1964, pour la France entière et pour 193.000 accidents corporels, à plus de 275.000 victimes, dont 11.105 tués.

Dans ces 193.000 accidents, on relève un peu plus de 189.000 fautes des conducteurs, ce qui ne veut pas dire qu'il se soit agi de la seule cause de l'accident.

Les victimes apparaissant les plus typiques sont les piétons. Du fait de leur absence de véhicule, leur responsabilité peut sembler la moins engagée. Il y eut, toujours en 1964, 36.667 collisions entre un véhicule et un piéton donnant 42.348 victimes. On relève près de 28.000 fautes imputables aux piétons.

Pratiquement donc, dans trois de ces cas sur quatre, la responsabilité du piéton est engagée.

Parmi les piétons, deux groupes d'âge sont particulièrement exposés, ce sont celui des moins de 15 ans et celui des plus de 60 ans . A eux deux ils rassemblent la moitié du chiffre global des piétons décédés du fait d'un accident de circulation, alors que les jeunes de 15 à 24 ans, donnent le minimum des chiffres de décès dans ces circonstances.

Cela vaut que l'on s'arrête sur les caractères responsables chez les jeunes :

Sur le plan physique tout d'abord, on peut noter une infériorité relative par rapport aux autres groupes d'âge, chez les plus jeunes, ceci du fait d'un développement inachevé ; il est évident qu'un adulte jeune manifeste des possibilités neuro-musculaires et de

perception sensorielle nettement supérieures à celles d'un enfant jeune.

Par ailleurs, sur le plan psychologique, il faut souligner le manque d'information permettant une bonne compréhension des phénomènes de la circulation et donc la possibilité de s'y intégrer avec un minimum de risques.

Quant aux conducteurs de cycles, s'il s'agit d'enfants ayant peu circulé en voiture, ils ne se rendent absolument pas compte du fait qu'ils peuvent être fort nuisibles pour un automobiliste, la nuit ou à la tombée du jour ; voyant bien les voitures ils ont l'impression que la réciproque est vraie et adoptent, du fait de cette erreur d'appréciation, un comportement risquant fort d'être dangereux pour eux puisqu'en réalité, ils sont peu ou pas vus par les autres conducteurs. En revanche, celui qui aura pu constater par lui-même combien les cycles sont difficilement repérables de l'intérieur d'une voiture la nuit, surtout s'il pleut, sera d'autant plus prudent quand il se retrouvera sur sa bicyclette dans de telles conditions.

Les jeunes manquent donc souvent d'informations en ce domaine, ceci en raison même de leur âge.

Il est donc nécessaire d'appréhender au mieux les situations créées par le trafic : Il y a sans doute une part d'intelligence qui intervient dans cette appréhension, mais aussi une part de conditionnement, comme on peut s'en rendre compte en constatant qu'actuellement, les chiens échappent pour la plupart au danger d'écrasement, qui était leur sort très fréquent il y a quelques décennies.

Il n'est donc pas nécessaire d'avoir un niveau intellectuel particulièrement élevé pour faire face aux situations créées par le trafic routier actuel, mais il est surtout bon d'y avoir été entraîné dès le plus jeune âge.

Cela pose donc le problème de l'éducation sur lequel nous reviendrons plus loin, car il apparaît comme étant d'importance majeure.

Quand on s'intéresse aux victimes d'accidents, on est forcément obligé de constater qu'un petit nombre d'individus collectionne un nombre impressionnant d'accidents. De là à en déduire la notion de prédisposition à l'accident, il n'y a qu'un pas.

D'éminents psychologues, tel que MAC FARLAND, ont discuté et battu en brêche cette conception des choses.

Ils font remarquer, à juste titre, que la simple distribution due au hasard, implique cet état de choses si l'on se réfère à la formule de POISSON. Cette formule concerne les évènements peu probables dans une certaine situation donnée, mais également probables dans tous les cas, ces cas étant eux-mêmes nombreux.

Par l'équation de POISSON, il est possible de déterminer la façon dont se répartiront un certain nombre d'accidents parmi les membres d'un groupe, si le hasard seul intervient.

Par exemple, si 500 personnes ont eu 300 accidents, la formule de répartition au hasard donne : 275 sans accident, 165 avec un accident, 49 avec deux accidents, 10 avec trois et un avec quatre.

Et ainsi, 12% du groupe auront par l'effet du hasard 44% des accidents.

On en arrive donc à préférer au concept de prédisposition celui de personnes fréquemment accidentées pour essayer de découvrir si ces dernières présentent des caractéristiques particulières.

ETAT PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS VICTIMES D'ACCIDENTS

La Préfecture de Police à Paris, qui doit veiller sur un nombre toujours plus grand d'écoliers, porte un intérêt marqué au problème et s'efforce d'établir des statistiques détaillées.

Dans les départements de la Seine, en 1965, il y a eu 1158 accidents survenus à des enfants piétons de moins de 16 ans. Si pour l'ensemble du département, ce chiffre correspond à 24 % du nombre total des piétons accidentés, il faut noter qu'à Paris la proportion d'enfants est de 18% et en banlieue de 32%. De façon similaire on constate un pourcentage moins élevé de cas mortels et de blessures graves à Paris qu'en banlieue.

En ce qui concerne l'âge des victimes, les plus exposées à ce risque dans la Seine comme dans le reste de la France, sont les sujets âgés de 5 à 9 ans.

La répartition en fonction des causes apparentes montre des fautes imputables aux enfants dans 76% des cas à Paris et dans plus de 84% des cas en banlieue, contre 24% de fautes imputables aux conducteurs à Paris et un peu plus de 15% en banlieue.

Les trois fautes les plus fréquemment observées qui, à elles seules, forment les 3/4 du chiffre total sont dans l'ordre d'importance

décroissante:

La traversée en dehors des passages prioritaires, le surgissement sur la chaussée sans précaution, le surgissement sur la chaussée derrière un véhicule arrêté.

A propos d'enfants conducteurs de véhicules : Cycles ou autres, il faut noter (1964), 17 moins de 5 ans impliqués dans des accidents, dont un a été tué, alors qu'ils étaient sur des cycles.

Toujours à bicyclette, plus de 600 enfants de 5 à 9 ans ont été impliqués, dont 27 ont été mortellement atteints.

Dans cette même tranche d'âge, on a relevé 3 conducteurs de 2 roues à moteur, et 2 conducteurs de voitures de tourisme ! Il n'y a tout de même pas eu de moins de 10 ans impliqué dans un accidents comme conducteur de véhicule utilitaire.

De 10 à 14 ans le risque d'accident à pied diminue considérablement mais, en revanche, on observe plus de 3000 conducteurs de cycles, plus de 1600 conducteurs de deux roues à moteur et 4 conducteurs de voiture de tourisme impliqués dans des accidents.

Signalons au passage quelques curiosités qui peuvent laisser perplexe à première vue:

Dans la Seine il y a beaucoup plus d'accidents d'écoliers sur les points gardés que sur les points non gardés.

Mieux encore, en comparant les chiffres, publiés par la Préfecture de Police, de l'année scolaire 63-64 à ceux de l'année 62-63, on

observe une appréciable diminution du nombre des accidents d'écoliers. Cette diminution est marquée, qu'il s'agisse des accidents sur le trajet de l'école, sur passages cloutés comme hors passages cloutés ainsi que sur les points non gardés. Mais sur les points gardés il y a une augmentation de 50%.

De mauvais esprits pourraient en conclure à l'influence particulièrement néfaste de la garde par un agent ou un contractuel de ces points qui accumulent les accidents ; elle semble même les accroître contrairement à l'évolution générale. Il s'agit là d'un bon exemple montrant une fois de plus combien il faut se méfier des statistiques et savoir les interpréter. Il est indispensable de ne pas s'en tenir aux faits bruts mais de pousser l'analyse au maximum. Il est vraisemblable que le risque est plus élevé sur les points gardés en grande partie parce qu'ils sont les lieux de passage des enfants.

Nous voudrions envisager maintenant des travaux efforçant d'aller plus en profondeur.

Une étude parmi les plus récentes nous a paru devoir retenir l'attention. Il s'agit d'un article du Dr Roger J. Meyer et Collaborateurs parue dans "The Journal ol Pediatrics" de juillet 1963, avec un sous-titre :
Une étude de quelques relations : enfant, famille,
environnement, avec des blessures ayant nécessité une hospitalisation.

Une introduction précise : Un groupe d'enfants d'âge pré-scolaire admis à l'hôpital pour blessures accidentelles pendant une période de 12 mois a été étudié de façon attentive à la maison et à l'hôpital par une

équipe multidisciplinaire. Des méthodes furent développées pour classer les blessures d'après leur étiologie plutôt que suivant leur description et pour analyser les relations entre les facteurs de l'enfant, de la famille et de l'environnement dans chaque cas. Un type d'une telle relation fut découvert mettant l'accent sur le rôle décisif du système de relations et son environnement humain et physique dans le syndrome accident.

Cette étude a été menée avec minutie ; le rapport concerne 186 cas d'enfants de 1 à 6 ans admis au Centre Médical, de l'Hôpital pour enfants de Boston durant l'année 1961.

Pour des raisons de commodité, les auteurs se sont attachés particulièrement à l'étude de 113 sujets habitant la ville même de Boston, car il s'agissait des cas où il leur était plus facile de pousser leur enquête à domicile.

Ils se sont efforcés en outre d'établir un groupe de comparaison aussi semblable que possible par l'âge et le sexe mais n'ayant pas eu de blessure accidentelle.

Les autres éléments, qu'il s'agisse du nombre d'enfants par famille, de la race, de la religion, du niveau social, etc...étaient tout à fait similaires.

Pendant la période d'étude, il n'y eut qu'un enfant et sa famille qui durent être exclus du groupe de comparaison à cause d'une hospitalisation pour blessure accidentelle.

Il est à noter que, dans ce cas, le travailleur social, après son enquête initiale à domicile, avait prévu cet accident.

Nous ferons grâce de la technique mise en

oeuvre comme du détail du questionnaire utilisé, pour en venir rapidement aux résultats de cette étude et, en particulier, à ceux qui concernent directement l'enfant.

Chaque enfant apparaît comme pris dans un tissu de circonstances enveloppantes tenant à son développement et à sa personne qui, progressivement le poussent vers l'accident étudié. La plupart des enfants avaient très faim ou étaient fatigués lorsque survint l'accident. Une caractéristique importante différenciant nettement les enfants accidentés des non accidentés est leur hyperactivité.

Les parents, comme les enquêteurs, avaient le sentiment que ces enfants étaient beaucoup moins capables que les autres de supporter une frustration ou une contrainte.

Un grand nombre des enfants accidentés avaient souffert précocement et de façon prolongée d'une privation "sociale" (ou plutôt affective), de l'un ou des deux parents, habituellement en terme d'absence de la maison pour cause de divorce ou de maladie.

Par ailleurs, il ne fut pas trouvé d'autres différences significatives tant sur le plan du développement social que des caractéristiques vis-à-vis de la discipline.

Pas de différence non plus, en ce qui concerne la santé antérieure, le développement physique, l'état d'immunisation ou les autres paramètres de l'enfance.

L'environnement humain, les facteurs de vie de la famille chargés de tension à la maison précèdant immédiatement l'accident semblent avoir une influence de plusieurs manières :

A) Les évènements chargés de tension aiguë apparaissent comme réduisant brusquement la qualité de la protection de l'enfant par l'environnement humain, créant ainsi un moment de risque soudain. Une maladie dans la famille, un changement soudain dans la surveillance, un déménagement dans une autre résidence, ou d'autres circonstances, apparaissent comme créant des conditions hasardeuses sans protection.

Les problèmes de santé préoccupant la mère se rencontrent de façon significative dans plus de la moitié des cas d'accidents alors qu'on ne les observe que dans 2% des cas du groupe de comparaison. Ces problèmes de santé maternels étaient définis comme une incapacité mentale ou physique réduisant la possibilité de la mère de prendre soin ou de surveiller son enfant. En particulier, dans un nombre important de cas, les mères signalaient que leur capacité de surveiller leur enfant était nettement diminuée par rapport au reste du temps pendant la période où elles avaient leurs règles.

B) Les facteurs de tension chronique se manifestaient plus souvent dans les familles à accidents et fréquemment en combinaison avec une tension aiguë.

Un des problèmes les plus communs était la famille avec un seul parent. (44% dans les familles à accidents, contre 5% dans le groupe de comparaison).

Les familles furent classées en trois catégories, suivant leurs aptitudes parentales et les tensions familiales chroniques. Ceci fut fait pour rechercher une corrélation éventuelle entre l'équilibre ou l'harmonie familiale et le mode et la gravité des blessures :

La première catégorie était formée de familles stables aux liens serrés, semblant pouvoir satisfaire rapidement les besoins individuels avec peu de problèmes sociaux ou médicaux apparents. Ces familles n'avaient eu que peu d'accidentés dans le passé. La blessure de l'enfant était habituellement consécutive à une tension inattendue ou à une complication aiguë et soudaine de son existence qui avait momentanément diminué les défenses.

Ces blessures tendaient à être moins invalidantes et étaient traitées de façon adéquate par la famille.

La deuxième catégorie de familles fonctionnait avec dysharmonie, mais paraissait néanmoins capable de répondre à peu près à la plupart des besoins de ses membres.

Les accidents étaient communément associés à une combinaison de tensions aiguës ou chroniques qui poussaient l'enfant à la blessure. Les accidents dans ce groupe d'enfants étaient plus fréquemment invalidants et les enfants plus aptes à avoir des blessures à répétition.

La troisième catégorie comprenait des familles ayant des désordres chroniques et apparaissant comme une juxtaposition d'individualités isolées plutôt que comme des unités de vie.

Chaque évènement de la vie courante semblait provoquer un effet désorganisant sur la vie familiale qui était souvent en proie à des problèmes médicaux et sociaux chroniques. Ces enfants recevaient moins de soins appropriés lorsqu'ils avaient une blessure et avaient plus de blessures antérieures, que ceux des autres groupes.

Les quatres enfants hospitalisés qui, finalement, décédèrent de leurs blessures, étaient tous de cette catégorie.

Dans cette même catégorie on relevait un nombre relativement plus important d'accidents de la circulation.

Cette étude met donc en évidence le rôle primordial des facteurs psycho-affectifs dans la genèse des accidents d'enfants.

A vrai dire, il serait souhaitable de multiplier ces études sur l'état psychologique de l'enfant accidenté et de sa famille, mais cela ne paraît pas réalisable, pour le moment, sur une grande échelle.

Quoi qu'il en soit, à l'aide des informations dont nous disposons, il est déjà très possible d'entreprendre une action de prévention.

° ° °

BASES DE L'ACTION PREVENTIVE

-:-

L'action préventive ? C'est ce que GRAVEL avait tenté, il y a presque une dizaine d'années, en réussissant à former une Commission de Prévention des Accidents d'Enfants, groupant un certain nombre de personnes intéressées par ce problème, sous la Présidence de Monsieur Le Professeur LELONG. Une brochure d'information pour les parents avait été élaborée et un plan de travail envisagé. Malheureusement faute de moyens financiers, il n'a pas été possible de poursuivre ces efforts qui sont demeurés vains.

Sans doute la question n'est elle pas encore mûre dans l'esprit du grand public. Il y aurait pourtant beaucoup à faire. En effet, les travaux américains qui pourraient être, au besoin, vérifiés en France, ont mis en évidence l'importance d'une information et même d'une formation des parents dans ce domaine.

Les parents sont les mieux placés pour vacciner leurs enfants contre les accidents. leur influence est absolument primordiale, d'une part pour créer un climat familial harmonieux, dont il est question au chapitre précédent, d'autre part pour former le jeune être avant même son entrée dans le monde scolaire.

Déjà, en 1956, H.F. DIETRICH, dans un article publié également dans "The Journal of Pediatrics" soulignait :

Le niveau de comportement de sécurité est largement fonction de l'éducation donnée par les parents à la maison, avant six ans. Le succès ou l'échec des efforts de prévention faits par la suite dépend, pour une grande part, du type d'individu qui émerge de la maison vers l'âge de cinq ou six ans.

Pour chaque enfant d'un sexe et d'un âge donnés, en connaissant ses intérêts et ses capacités, il y a seulement un nombre limité de causes d'accidents. Si les parents considéraient ceci, en cherchant quelle protection est nécessaire à leur enfant, mais aussi et surtout de quelle manière ils peuvent l'éduquer pour qu'il agisse de façon sûre dans des circonstances données, alors les chances d'éviter les accidents deviendraient maxima.

Il y a un balancement à établir entre l'éducation et la protection ; celle-ci doit être totale au cours de la première année, mais elle doit ensuite et aussi rapidement que possible se réduire progressivement pour faire place à l'éducation. Celle-ci devient ainsi peu à peu la seule mesure de prévention. Un enfant ayant acquis l'esprit de sécurité est beaucoup mieux défendu que celui qui compte seulement sur l'intervention de l'adulte. En fait, ce dernier trouvera toujours une faille dans le système de protection, élaboré extérieurement à lui et ne lui apparaissant que comme une contrainte supplémentaire et injustifiée ; il s'efforcera toujours d'y échapper ou de le contourner et ce sera alors la catastrophe.

D'autre part il faut savoir que pour un accident mortel il y a une centaine d'accidents non mortels qui échappent aux statistiques mais qui, souvent, entraînent des incapacités définitives.

Du point de vue pratique, il serait d'un grand intérêt que chaque accident constaté, grave ou bénin, soit l'objet d'une enquête épidémiologique du même ordre que celles poursuivies pour les maladies infectieuses, enquête qui permettrait de préciser les rôles respectifs de l'agent causal, du sujet et des circonstances favorisantes.

a) L'agent causal est généralement facile à déterminer.

b) Le rôle des réactions psychologiques (déjà vues), et des réactions physiologiques de l'enfant ; par exemple, au début des maladies ou pendant leur convalescence l'enfant est rendu instable, émotif, accomplissant alors les gestes habituels avec maladresse et inattention.

c) Les circonstances matérielles : Exemple: Dans une communauté rurale, le mauvais temps, la nature du terrain, les cours d'eau, les lacs et les mares de ferme, les ustensiles et machines agricoles, sont autant de facteurs qui peuvent être nocifs.

En ce qui concerne les accidents domestiques certains auteurs insistent sur la notion de "vaccination". Pour protéger l'enfant, il faut lui apprendre le risque ; il faut lui apprendre à sauter, grimper, tomber, nager, circuler.

Il faut lui montrer également comment se servir correctement d'un couteau, d'une fourchette, de ciseaux, d'allumettes,... etc.

L'insouciance des parents doit être combattue, (un grand nombre d'accidents surviennent dans l'après-midi alors que la surveillance de l'enfant se relâche).

Ces auteurs soulignent le rôle parfois important que peut jouer l'Assistance Sociale dans les foyers à ce sujet. (FULOP T. et VEZENDI S.).

Encore une fois les parents doivent comprendre que la vie de leur enfant est menacée, plus par l'accident que par les maladies infectieuses, à partir de la fin de la première année.

En conséquence, trois bases de prévention des accidents chez l'enfant peuvent être retenues :

1) D'ordre législatif : édiction de mesures pour accroître la sécurité et la protection contre les risques prévisibles.

2) D'ordre épidémiologique : Seule la connaissance précise de tous les éléments intervenant dans l'accident, permet d'envisager les mesures préventives rationnelles.

3) D'ordre éducatif : Seule l'éducation des parents en ce qui concerne le climat familial, l'éducation de l'enfant par les parents, les enseignants, et l'éducation du public en général, peuvent permettre la prévention de tous les risques, prévisibles ou imprévisibles, et montrer ainsi l'exactitude de la formule qui fut celle de la Journée Mondiale de la Santé de 1961 :

"L'accident n'est pas accidentel".

° ° °

EN CONCLUSION, il ressort de cette étude que le pseudokyste du pancréas est une affection se manifestant après un intervalle libre de durée variable et évoluant vers un tableau d'une gravité certaine ; le traitement chirurgical s'impose.

On a pu préciser que cette affection est encore plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, ceci sans doute grâce à la souplesse des tissus jeunes amortissant mieux les chocs.

Mises à part les formes exceptionnelles compliquant les pancréatites aiguës, on peut affirmer que les pseudokystes pancréatiques sont essentiellement d'origine traumatique, consistant en une néoformation provoquée par la rupture plus ou moins complète d'un canal pancréatique.

On ne doit pas perdre de vue que, si l'étiologie traumatique ne fait aucun doute, cette dernière n'est pas toujours retrouvée, l'accident initial, parfois lointain, pouvant être oublié de l'enfant et de ses parents.

On a vu que le diagnostic est affirmé par la radiographie et que le traitement le meilleur et le moins dangereux est le drainage externe aspiratif associé à une thérapeutique médicale et à une bonne réanimation.

On devra donc toujours garder présente à l'esprit la possibilité de cette affection, lorsqu'on sera amené à voir un enfant présentant un syndrôme général ou fonctionnel bâtard, dans les suites d'une contusion abdominale.

Cette étude nous a également permis d'étudier le vaste cadre des lésions d'organes abdominaux post-traumatiques chez l'enfant,

parmi lesquelles figurent les atteintes pancréatiques.

Le rôle important joué par les facteurs psycho-affectifs, à côté des facteurs physiques, a pu être précisé. Le milieu familial est d'une importance capitale et il est certain que c'est dans ce cadre que doit commencer la prévention des accidents, par la prise de conscience du devoir essentiel et primordial qu'ont tous les parents envers les plus jeunes.

Cette prévention, si elle doit être synonyme de protection totale chez le tout petit, doit faire rapidement place à l'éducation dès que l'enfant grandit.

Cette éducation complétant un bon équilibre psychique, fera de l'enfant un individu normalement protégé.

Enfin, on peut affirmer que, grâce à cette attitude, et à la plus élémentaire prudence, malgré la diversité des causes d'accidents, un grand nombre d'entre eux pourraient être évités.

° ° °

CONCLUSIONS

-:-

1- Le pseudokyste du pancréas d'origine traumatique est une complication rare des traumatismes abdominaux de l'enfant ; nous avons eu l'occasion d'en observer un cas.

2- Le diagnostic est rendu difficile par la discrétion des signes fonctionnels et l'examen radiologique est essentiel pour l'affirmer.

3- Le traitement chirurgical donne d'excellents résultats ; il s'agit d'un drainage externe. L'administration d'anti-enzymes est indiquée.

4- Il faut s'attacher surtout à la prévention des traumatismes abdominaux chez l'enfant.

5- Pour réduire la fréquence des accidents à cet âge, le rôle des familles est capital ; mais il faut aussi développer très tôt l'initiative et l'esprit de sécurité chez l'enfant.

° ° °

Vu :
Le Président :
Signé : G. BLANCHER

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ADLOFF M. ET HOLLENDER L.
Les pseudokystes du pancréas d'origine traumatique chez l'enfant.
Arch. des mal. de l'appareil digestif. 50, 1961, p. 57-62.

AUBENQUE M.
Quelques données sur la mortalité par accidents chez les jeunes.
Evolution médicale de Paris. 1960 -4- n°2. p. 219-225.

BEAU A. BOUCHOT M. COLLIGNON P. GUILLAUMOT M. et PREVOT J. (Nancy)
Traumatismes de l'abdomen chez l'enfant.
Annales de chirurgie infantile. Paris Tome 6 n°2. juin 1965, p. 101-114.

BERAUD C. et Coll.
Pseudokyste du pancréas chez l'enfant.
Journ. radio et électro.
Mai 1966 - 47 - n°5 - p. 227-231.

BERTHET E.
L'enfant et les accidents.
Vie et Bonté. Paris 1964. n° 146. p. 1-19.

BETTEX M. KUFFER F. et SCHARLI A.
Pseudokyste du pancréas chez l'enfant
Schweiz. Med. Wschr. 19 mars 1966 - 96 - n° 11, p. 342-348.

BIENAYME J. et PELLERIN D.
Les traumatismes de l'abdomen chez l'en-

fant. Annales de Chirurgie Infantile. Paris. Tome 3 n° 3 - 1962.

CHIGOT P.L. et ESTEVE P.
Contusions de l'abdomen. Traité de traumatologie infantile - Paris. Expans. scient. franç. 1958 - 349 pages.

CUILLERET J. ET DUBOIS J.
Les traumatismes du pancréas et leur traitement chirurgical.
Cahiers médicaux lyonnais. Tome 42 - n° 29 - 10 décembre 1966 p. 2317- 2326.

DI CENSO S.B. GINSBURG and SNYDER W.H.
Pancreatic pseudocysts in childhood- Surg. gyn. obs. 1964. 119- n° 5 p. 1049-1052.

FRAISSE H. ET MELEY J.
Pseudokystes traumatiques du pancréas. Journ. méd. Lyon. 5 mars 1962 - 43 n° 1006 . p. 371.384.

GIBERT L.
Pseudokyste post-traumatique du pancréas.
Thèse Lyon 1962.

GOLDRING D. ET WOOL G.
Le pseudokyste du pancréas.
Journ. of. Ped. Avril 1967, 70, n°4. p. 586- 594.

GRAVEL Ph.
La victimologie en matière d'accidents et notamment en matière d'accidents d'enfants.
Tribune de l'enfance. Paris 1967, 5. n°40, février p. 17-27

KAISER J.C. KILMAN J.W. KING R.D. ET SCHUMAKER M.B.
Pancréatic pseudocysts in infancy and childhood - Surgery 1934. 55 - n°3 p. 455-461.

LALANNE H.
Le pseudokyste du pancréas d'origine traumatique chez l'enfant.
(à propos d'une observation).
Thèse Lyon 1965 34 p. In Lyon Méd. 4 sept. 1966, 98, n° 36, p. 405-406.

MARSHALL LEE C. et OECONOMOPOULOS G.E.
Pseudocyst of the pancréas in infants and young children-Surgery 47 - 1960. p. 836-845.

NEZELOF C.
Pancréas exocrine.
Encycl. méd. chir., traité de pédiatrie Fasc. 4060 J. 10, 7, 1956.

REYMOND J.C.
Contusions de l'abdomen.
Etude clinique. Revue du Praticien. Tome XIII - n° 22- 1er septembre 1963. P.2663-2677.

TERNON Y.
Le traumatisme et ses effets.
Revue du praticien. Tome XIII - n° 22 1er septembre 1963 p. 2653- 2662.

° ° °

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-